

Krzysztof Rutkowski<sup>1</sup>, Agnieszka Turkot<sup>2</sup>, Agata Kurek-Rusin<sup>2</sup>

## REAKCJA PRZEWLEKŁĄ PSYCHOZĄ NA URAZ PSYCHICZNY DOZNANY W DZIECIŃSTWIE – OPIS PRZYPADKU

### REACTION WITH CHRONIC PSYCHOSIS TO AN EARLY CHILDHOOD TRAUMA

#### — A CASE STUDY

<sup>1</sup> Katedra Psychoterapii UJ CM

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Jacek Bomba

<sup>2</sup> Klinika Psychiatrii Dorosłych Katedry Psychiatrii UJ CM

Kierownik katedry: prof. dr hab. n. med. Jacek Bomba

**delusional psychosis (syndrome)  
posttraumatic disorders**

*Autor przedstawia ilustrację dynamiki reakcji na uraz przeżyty w okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym owocujący w okresie dorastania przewlekłą psychozą. Artykuł stanowi szczegółowy opis przypadku z diagnostyką różnicową oraz dyskusją.*

**Summary:** Diagnosis of psychoses created as a reaction to a trauma raise some controversies, especially when it does not concern acute but chronic reactions. In the presentation, a case of delusional chronic psychosis which occurred in connection with the trauma has been described. The trauma occurred in childhood and its course was directly connected with the clinical picture of the disturbance. A full psychiatric and psychological diagnosis as well as a clinical discussion concerning a differential diagnosis of disturbances causes was presented.

Rozpoznanie psychoz powstających w reakcji na uraz budzą nieco kontrowersji, szczególnie, gdy nie chodzi o ostrą, ale o przewlekłą reakcję. W niniejszej pracy opisano przypadek przewlekłej psychozy urojeniowej powstałej w związku z traumą. Badany mężczyzna doświadczył wielokrotne silnych urazów we wczesnym dzieciństwie. Niewątpliwie sytuacje te wpłynęły na kształtowanie się osobowości i wydatnie przyczyniły się do rozwoju psychozy. Nie można wykluczyć innych czynników, a co więcej — zgodnie z aktualnymi hipotezami — należy przyjąć współudział wielu, jednak, zważywszy na negatywny wywiad rodzinny i ogólny obraz kliniczny, uraz wydaje się głównym czynnikiem etiologicznym w tym przypadku.

Wszystkie dane umożliwiające identyfikację zostały zmienione, w tym daty i nazwy miejscowości, jednak zachowano ogólny obraz doświadczeń.

Pan A. A. urodzony w 1947 r., został poddany badaniom w celu określenia, czy obecny stan zdrowia ma związek z jego pobytem na deportacji w ZSRR przez 4 lata, do końca 1956 r., i jaki jest wpływ tego doświadczenia na zdolność do pracy.

#### Wywiad od badanego

Badany pochodzi z rodziny rolniczej. Dokładnie pamięta zdarzenia z dzieciństwa. Kiedy miał 5 lat, pewnego dnia pojawili się sowieccy żołnierze na koniach, z jednym wozem. Pod

groźbą kazano całej rodzinie wsiąść na wóz — matce, dwóm starszym siostram, bratu oraz jemu. Kiedy żołnierze przeszukiwali i niszczyli dom, na wóz niespodziewanie wskoczył pies. Był to ulubieniec badanego; wtulił się w niego mocno i nie chciał zejść. Kiedy żołnierze próbowali go ściągnąć, jednego z nich ugryzł. Wówczas rozszłoszczeni zakłuli psa bagnetami. Do nieżywego psa zeskoczył z wozu zrozpaczony badany, objął go i trzymał kurczowo. Żołnierze siłą rozdzielili ich od siebie, brutalnie kopiąc i bijąc. Nagle badany zaczął uciekać do pobliskiego lasu. Żołnierze ruszyli w pościg — „wkrótce usłyszałem tuż, tuż za mną tętent i nagle zobaczyłem obok mnie, na równi ze mną końskie kopyta i po chwili pochylającego się jeźdźcę, bardzo groźnego i wściekłego, coś krzyczącego. Nagle poczułem uderzenie w głowę i ból. I więcej już nic nie pamiętałem”. Badany dowiedział się później od matki, że żołnierz wrzucił go na wóz „nieprzytomnego i półżywego”. Był posiniaczony, miał zakrwawione oko. Odzyskał przytomność dopiero po tygodniu, w wagonie towarowym, w którym rodzina była wieziona na deportację do Kazachstanu. „Po obudzeniu się czułem w głowie jakiś ból, dzwonienie i szum w uszach oraz potworne pieczenie w lewym oku”. Jak mówi, od tej pory niedosłyszysz na lewe ucho, a żenica oka lewego jest sztywna, nie reaguje na światło.

Kiedy przyjechali do Kazachstanu, zostali zakwaterowani w drewnianych barakach. Było zimno, brudno. Codziennie rano przyjeżdżał „jeździec na koniu” i stukał nahajką w okno, krzyczał potwornie. Na ten znak matka z trojgiem starszego rodzeństwa wychodziła do pracy w kolchozie. Badany pozostawał sam w baraku do wieczora. Bardzo się bał, był głodny, zmarznięty. Kiedy był spragniony — pił wodę z brudnego kanału. Bezustannie chorował, miał biegunki, bóle brzucha, gorączkował. Wspomina, że umierało bardzo wielu Polaków z powodu biegunki, „on przeżył cudem”. Pomogła mu miejscowa uzdrowicielka Maria, która gorliwie się za niego modliła i wykonywała uzdrawiające rytuały. Została później surowo ukarana za uprawianie tego procederu. Z tego okresu pamięta, że bardzo niespokojnie sypiał, wybudzał się, pełen lęku i niepokoju.

Przed pójściem do pierwszej klasy pracował przy pasaniu krów i owiec, zbieraniu bawełny oraz innych sezonowych robotach. Pracował bardzo sumiennie, ponieważ bał się brygadzysty, który jeździł konno, „nahajką każdemu wygrażał i na wszystkich krzyczał”. Bał się również o matkę, która często do domu wracała pobita. Pewnego dnia był ogromnie głodny. Poszedł do kolchozowego ogrodu i ukradł arbuza. Gdy go jadł, zobaczył go brygadzysta, zbił batem, a następnie zamknął na dwa dni w komórce, bez jedzenia i picia. Kiedy zjawił się ponownie, przyniósł jedzenie i zmusił chłopca do dotykania swojego penisa. Było to dla badanego bardzo traumatyzujące przeżycie — opowiadając to cały czas płakał. Pamięta tylko odrazę, niezadowolenie brygadzysty oraz swój lęk.

Brygadzysta zakazał mu mówić o tym komukolwiek, a zwłaszcza swojej matce. Zagroził, że jeśli powie, to on zabije całą rodzinę.

Od tej pory chłopiec zaczął się bać ludzi, stał się podejrzliwy, nerwowy, miał kłopoty ze snem, koncentracją, stronił od swoich rówieśników. Często wybudzał się z krzykiem, śnili mu się jeźdźcy na koniach, on uciekał. Ukończył w kolchozie dwie klasy szkoły podstawowej.

Po powrocie do Polski chorował, nie pamięta dokładnie, na jaką chorobę. Leżał w szpitalu, w Białymstoku. Później systematycznie leczył się w przychodni kolejowej

w Szczecinie, gdzie cała rodzina zamieszkała po powrocie do kraju. Wrócił także ojciec, który w 1951 roku został zesłany do syberyjskich kopalń.

Pamięta siebie jako bladego, anemicznego, nerwowego chłopca. Często był w gabinetach lekarskich, miał wiele dolegliwości. Leczony był okulistycznie, laryngologicznie i psychiatrycznie.

Pomimo rozlicznych dolegliwości, uczył się bardzo dobrze. W 1965 roku zdał maturę. Bardzo chciał studiować w Wojskowej Akademii Technicznej. Komisja jednak orzekła, że jest niezdolny do służby wojskowej. Wtedy pojawiły się myśli, że jest jakaś siła, która jest przeciwko niemu, która uniemożliwia mu działanie, spisek zawarty pomiędzy potworami, jeźdźcami na koniach.

Postanowił studiować rusycystykę. Studiował w Łodzi w latach 1965 do 1971. Studia ukończył z wynikiem bardzo dobrym i rozpoczął pracę jako lektor. Pracował do 1975 r. W Łodzi, w trakcie studiów, sam poszedł do psychiatrii. Halucynował słuchowo, słyszał stukot, metaliczny tętent, miał bardzo duże lęki, nie sypiał. Otrzymał leki, których nazw nie pamięta, poprawiło się funkcjonowanie. Pierwsze halucynacje wzrokowe pojawiły się ok. roku 1975.

Poznał dziewczynę, bardzo ją pokochał. W trakcie pierwszego zbliżenia poczuł nagle lęk, zobaczył twarz-maskę brygadzysty, był przerażony, przypomniał sobie okropną sytuację sprzed wielu lat i uciekł. Bardzo się wstydził, cierpiał, nie mógł się spotykać z tą dziewczyną, a także z innymi kobietami. Po drugiej, również nieudanej próbie współżycia, całkowicie unikał kontaktów z kobietami. Postanowił opuścić Łódź i wrócił do matki, do Szczecina. Tam wspólnie mieszkali. Ojciec zmarł w 1975 roku, a on z matką utrzymywali się z jej emerytury, pomagał im także finansowo wujek. Systematycznie leczył się psychiatrycznie, jednak dolegliwości pod postacią halucynacji słuchowych, wzrokowych, urojeń prześladowczych, ksobnych, lęków i bezsenności, powracały. Po wielu latach opowiedział matce i lekarzowi o wydarzeniu w komórce.

Starł się o pracę nauczyciela, składał podania w inspektoracie, jednak wciąż je odrzucano. Był przekonany, że to jeźdźcy-bestie wpływają na jego los. Zaczął twierdzić, że ludzie w inspektoracie są nimi owładnięci. Czasami wydawało się mu, że jakiś człowiek to właśnie bestia przemieniona w ludzką postać.

Nie starał się o rentę, ponieważ matka wstydziła się choroby, on też uważa obecnie, że jest to „wstydliva sprawa”.

Przez ostatnie 30 lat nie pracował, kontaktował się przede wszystkim z matką i najbliższą rodziną, czasami robił zakupy, czytał gazetę, książkę, oglądał telewizję.

W 1997 roku matka zmarła, rodzina sprzedała mieszkanie, a badany zamieszkał u siostrzenicy. Ma tam samodzielny pokój, utrzymuje go rodzina. Przez kilka lat nie był u psychiatry, pewnego jednak dnia pojawił się bardzo duży lęk. Znowu widywał potwornych jeźdźców — bestie — chował się przed nimi do piwnicy. Obwinił siebie za śmierć matki, ponieważ kiedyś opowiedział jej o wydarzeniach w komórce. Wówczas siostrzenica zaprowadziła go do psychiatrii.

Był hospitalizowany na oddziale psychiatrycznym w 2003 r., przez miesiąc, z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych na podłożu organicznym.

Przy przyjęciu skarżył się na kłopoty ze snem, opowiadał, że w nocy przychodzą do niego jeźdźcy-bestie, którzy chcą mu zrobić krzywdę. Słyszał tętent koni. Twierdził, że

jeźdźcy przychodzą także do innych ludzi i wpływają, że wywołują oni wojny i zabijają. Pojawiały się także koszmary nocne o treści, że zabił swoją matkę. W trakcie hospitalizacji wykonano także badanie psychologiczne.

Ostatecznie pacjent w stanie poprawy objawowej został wypisany do domu. Po hospitalizacji rozpoczął starania o rentę.

### **Badanie psychiatryczne**

Pan A.A. zgłosił się na badanie w towarzystwie brata. Rozumiał cel badania i wyraził na nie zgodę. Ubrany był odpowiednio do sytuacji i pory roku. W czasie badania chętnie odpowiadał na zadawane pytania, wypowiedzi spontaniczne były ubogie. Zdania budował prawidłowo, zasób słownictwa miał przeciętny. Wypowiedzi były logiczne, struktura wypowiedzi, związki pomiędzy zdaniami itp. prawidłowe. Podczas badania był napięty, okresowo w zwiększonym niepokoju, płaczliwy, bezradny, adekwatnie do przekazywanych treści. Często zmieniał pozycję ciała, mimika była adekwatna, ekspresja emocji bardzo silna. Powiedział, że leczy się psychiatrycznie od dzieciństwa. W trakcie badania często wspominał swojego lekarza, któremu po raz pierwszy opowiedział, co działo się na deportacji i jak bardzo to wpływało na jego dotychczasowe życie i funkcjonowanie (szczególnie pobicie oraz wykorzystanie seksualne przez strażnika).

Pierwsze objawy pojawiły się zaraz po przyjeździe do Kazachstanu — lęk, niepokój, bezsenność, chwilami drażliwość. Nasiliły się wyraźnie po incydencie pobicia i zamknięcia w komórce. Zaczął wyłączać się z życia społecznego, unikał kontaktów z rówieśnikami, w nocy budził się z krzykiem, twierdząc, że gonią go jeźdźcy, a on ucieka. Występowały u niego stany apatii, przygnębienia, smutku, bezradności. Stał się płaczliwy, bardziej wrażliwy na wszystkie bodźce otaczającego świata.

Objawy nasilały się w sytuacjach dla badanego szczególnie stresujących: studia, pobyt poza domem, poznanie dziewczyny, a następnie pierwszy kontakt seksualny. W trudnych momentach dochodziło do dekompensacji psychotycznej. Od 1969 pojawiały się krótkotrwałe halucynacje lub iluzje słuchowe. Od ok. 1975 roku okresowo wyraźnie halucynował wzrokowo. Cały czas utrzymywała się gotowość urojeniowa, urojeniowa interpretacja rzeczywistości, a później urojenia ksobne, oddziaływania, wpływu, prześladowcze.

Treść objawów wytwórczych była ściśle związana z przeżyciami deportacyjnymi (jeźdźcy na koniach, twarz brygadzysty, przeświadczenie o ciągłym zagrożeniu, spisku, uczuciu, że świat owładnięty jest przez złe moce). Pacjent z tego powodu był zupełnie wyłączony z życia zawodowego, społecznego. Cały dzień spędzał z matką, czasami wyjeżdżał do rodziny. Unikał jednak kontaktów towarzyskich i z osobami nieznanymi, głównie z przyczyn psychotycznych. Mogło to wpływać na jego stopniową degradację. Urazy, tryb życia, a także wiek badanego miały niewątpliwie wpływ na pojawienie się zmian organicznych.

Badany jest okresowo drażliwy, niespokojny, wybuchowy, cechuje go nadwrażliwość na bodźce i wyolbrzymiony na nie odzew. Wszelkie reakcje na sytuacje nagłe lub nieprzyjemne dla niego są wyolbrzymiane, nieadekwatne.

Pamięć dawna i zdolność do odtwarzania zdarzeń dawnych jest przeciętna, zdolność do zapamiętywania nowego materiału upośledzona, zdolność do koncentracji obniżona. Pojawia się duża wiskotyczność.

Nastroj, napęd nieco obniżone, występuje duża płaczliwość, męczliwość i bezradność. Badany przeczy występowaniu myśli samobójczych.

Cechuje go negatywna ocena dotychczasowych osiągnięć, uczucie braku perspektyw. Ma trudności w zadbanu o swoje sprawy, wymaga opieki.

### **Badanie psychologiczne**

Badany zorientowany auto- i allopsychicznie, w dobrym kontakcie emocjonalno-werbalnym. Łatwo nawiązuje rozmowę, na pytania odpowiada logicznie. W wyrównanym nastroju. Podczas badania skupiony, stara się jak najlepiej wykonywać zadania. Męczliwy, pod koniec badania ma kłopoty z koncentracją uwagi.

Wykonał Test Drzewa i Skalę Inteligencji dla Dorosłych Wechslera WAIS-R(PL).

Test Drzewa [2] – narysował je dość duże, w górnej części kartki. Pień lekko rozszerzający się ku dołowi, bardziej z prawej strony, z zaznaczoną korą (pośrodku pnia). Gałęzie w postaci choinki — kreski skierowane w dół, korona dochodzi do brzegu kartki u góry. Dużo bezładnych, pogrubionych kresek, zaznaczona linia ziemi, brak korzeni.

Analiza rysunku pozwala opisać badanego jako osobę słabo przystosowaną społecznie, nadmiernie wrażliwą, chwiejną emocjonalnie, tłumiającą emocje, skupioną raczej na rozwoju intelektualnym. Jest niepewny siebie, zahamowany emocjonalnie, pragnie jednak zwracać na siebie uwagę, ma duże ambicje i pragnienie wielkości, potrzebę bycia podziwianym. Ostrożny, nieufny, o bardzo słabych mechanizmach obronnych. Zmienny w nastrojach, reaktywny, uparty, niechętnie się podporządkowuje. Widoczne traumy z przeszłości.

Skala Inteligencji dla Dorosłych Wechslera WAIS-R (PL) [2] — badany uzyskał w skali pełnej wynik 106 pkt, co odpowiada przeciętnemu poziomowi IQ; w skali bezsłownej — 95 pkt (przeciętny) i w skali słownej 112 pkt (powyżej przeciętnej). Skale, w których badany uzyskał najwyższe wyniki to: słownik (15), rozumienie (13), podobieństwa (13) i wiadomości (12), które mówią przede wszystkim o wrodzonych uzdolnieniach, chłonności umysłu, bogactwie słownictwa i możliwościach wykorzystywania wiadomości, a także o dość dobrej zdolności oceny sytuacji społecznych oraz o zachowanej funkcji myślenia abstrakcyjnego, wymagającej słownego formułowania pojęć w opisywaniu podobieństw.

Funkcje te musiały rozwinąć się w okresie dzieciństwa, co świadczy o tym, że badany rozwijał się we wczesnym dzieciństwie prawidłowo; także w późniejszym okresie życia (okres szkoły, studiów) był sprawny intelektualnie, co pozwoliło mu na takie czerpanie wiedzy, które umożliwiło mu ukończenie studiów wyższych.

Również w tej chwili jego zdolności przyswajania nowych informacji oraz przypominania wyuczonego już materiału pozostają na dość dobrym poziomie. Najniższe wyniki uzyskane przez badanego dotyczą skal: porządkowania obrazków (7) oraz powtarzania cyfr (8), klocków, arytmetyki i układanek (po 8). Taki rozkład wyników świadczy o trudnościach w koncentracji uwagi (która to funkcja związana jest ściśle ze stanem emocjonalnym badanego), zaburzeniach funkcji wzrokowo-motorycznych (analiza i synteza materiału wzrokowego), a przede wszystkim o zaburzeniach w procesie rozumienia sytuacji w kontekście przyczyn i skutków, co związane jest z przewidywaniem i logicznym myśleniem. Funkcja

ta jest szczególnym wskaźnikiem zaburzeń występujących u osób z rozpoznaniem schizofrenii, które mają trudności z planowaniem działań i przewidywaniem ich skutków.

Współczynnik deterioracji funkcji umysłowych badanego wynosi jedynie 3%, a więc o 13% mniej od przewidywanego obniżenia się funkcji poznawczych w tym przedziale wiekowym.

Podsumowując wyniki badań, można stwierdzić u badanego obniżenie się niektórych funkcji poznawczych (myślenia logicznego, uwagi, funkcji wzrokowo-motorycznych), jak również niewielkie spowolnienie psychoruchowe oraz wzmożoną męczliwość, które świadczą o możliwych uszkodzeniach organicznych OUN. Analizując jednak pełny profil, wydają się bardziej związane z zaburzeniami psychiatrycznymi badanego, które wpływają w znacznym stopniu na procesy myślowe oraz koncentrację uwagi.

Wysokie wyniki badanego w teście Wechslera (biorąc pod uwagę jego wiek oraz historię jego życia) świadczą o tym, że miał on wysoki poziom inteligencji wyjściowej, który pomógł mu niewątpliwie w adaptacji do wielu sytuacji życiowych. Zaburzenia funkcji wykonawczych (uwagi, planowania) badane za pomocą tego testu (szczególnie podskali porządkowanie obrazków) świadczą o tym, że pierwotne zaburzenia dotyczą procesów psychicznych, związanych niewątpliwie z traumatycznymi przeżyciami z przeszłości.

Obniżenie się wyników w skali bezsłownej (w porównaniu ze skalą słowną) może świadczyć o istnieniu zaburzeń organicznych OUN, co potwierdza się w kontakcie z badanym (podczas wykonywania zadań jest męczliwy, wiskotyczny, lekko spowolniały w procesach myślowych), nie jest to jednak bardzo wyraźną tendencją (niski jest także współczynnik deterioracji procesów poznawczych) i nie jest przyczyną wystąpienia zaburzeń psychicznych u badanego.

### **Rozpoznanie**

Na podstawie przeprowadzonych badań specjalistycznych psychiatrycznych i psychologicznych rozpoznano u pana A. A. przewlekłe zaburzenia urojeniowe (F22 wg ICD-10) [3] i nieokreślone zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu (F06.9). Stwierdzono, że zaburzenia urojeniowe rozwinęły się w bezpośrednim następstwie urazów doznanych w czasie deportacji w głąb b. ZSRR. Rokowanie jest niekorzystne, a nasilone objawy czynią badanego całkowicie niezdolnym do pracy. Diagnostyka ICD wydaje się tutaj adekwatniejsza niż DSM [4], choćby ze względu na stwierdzenie, że proporcje udziału czynników genetycznych, cech osobowości i okoliczności życiowych w genezie zaburzeń urojeniowych są niepewne i prawdopodobnie zmienne; w DSM odstępuje się od rozważań na temat etiologii zaburzeń.

### **Dyskusja kliniczna — psychopatologia**

U badanego występują urojenia, halucynacje, lęk, niepokój oraz zaburzenia pamięci, koncentracji, wiskotyczność, drażliwość, wybuchowość, które nie są jednak objawami jednego zaburzenia, lecz dwóch współwystępujących: przewlekłego zespołu urojeniowego oraz organicznego uszkodzenia OUN.

W diagnostyce różnicowej zwraca uwagę fakt, że poza działaniami i postawami bezpośrednio związanymi z urojeniem lub systemem urojeniowym, afekt, wypowiedzi

i zachowania pozostają prawidłowe [3]. Objawy psychotyczne nie są typowe dla schizofrenii, choćby dlatego, że ogólne poczucie zagrożenia i wpływu zagrażających postaci nie da się w żaden sposób tłumaczyć np. zewnętrznym oddziaływaniem, bardziej zbliżone jest opisem np. do układów mafijnych.

Cechy organicznego uszkodzenia OUN, pod postacią m.in. zaburzeń pamięci, koncentracji, wiskotyczności w kontakcie, okresowej drażliwości i wybuchowości wystąpiły u badanego w ciągu życia znacznie później. Związane są one głównie z wiekiem, trybem życia, wycofaniem społecznym.

Informacje pochodzące od świadków, samego badanego i z dokumentacji są ze sobą spójne, są to m.in. brak zatrudnienia od czasu wystąpienia pierwszych objawów psychotycznych, opis urazu, objawy występujące w czasie hospitalizacji. Potwierdzają je także badania psychologiczne. Wysokie i przeciętne wyniki pomiaru poziomu inteligencji jednoznacznie wskazują, że zaburzenia nie są np. wynikiem zaniedbania żywieniowego we wczesnym dzieciństwie, lecz wynikają z późniejszych czynników. Dokumentacja medyczna jest adekwatna do opisu i stosowna do obowiązujących przepisów. Karta z leczenia ambulatoryjnego jest przechowywana tylko przez 20 lat.

Nie jest prawdopodobne, aby objawy organicznego uszkodzenia OUN stanowiły pierwotną przyczynę zaburzeń psychotycznych, gdyż wówczas byłyby już nasilone w czasie studiów, co zdecydowanie by utrudniało ich ukończenie z dobrą oceną. Nie da się też wytłumaczyć w inny sposób — niż jako wynikającego z zaburzeń urojeniowych — typowego dla zaburzeń psychotycznych nieprawidłowego funkcjonowania społecznego badanego. Pierwotną przyczyną wystąpienia zaburzeń był doświadczony stres, następnie zaburzenia psychotyczne wtórnie doprowadziły do uszkodzenia OUN.

Interpretację taką potwierdzają wyniki przeprowadzonych badań psychologicznych. Ich profil jednoznacznie wskazuje, że objawy organicznego uszkodzenia OUN są typowe dla następstw długotrwałych zaburzeń psychotycznych.

Zmiany organiczne występujące u badanego (głównie zaburzenia uwagi, koncentracji na zadaniu, wzmożona męczliwość, niewielkie spowolnienie procesów myślowych, zaburzenia toku myślenia, szczególnie myślenia logicznego, oraz rozumienia sytuacji w kontekście przyczyn i skutków, co wiąże się z zaburzeniem funkcji przewidywania i planowania działań) są charakterystyczne dla zaburzeń psychicznych typu schizofrenii. Nie mają z pewnością charakteru pierwotnego (nie były przyczyną powstania zaburzenia psychicznego), o czym świadczyć może kilka czynników:

1. Wartość IQ, szczególnie skali słownej (podskal: wiadomości, słownik, rozumienie, podobieństwa), potwierdzająca wysoki poziom inteligencji, zwłaszcza zdolności nabytych we wczesnych okresach rozwojowych, które pozwoliły badanemu na adaptację do wielu trudnych (a nawet przekraczających możliwości przystosowawcze) sytuacji życiowych, a także na ukończenie studiów wyższych (nie byłoby to możliwe w przypadku pierwotnych zaburzeń organicznych).
2. Zmiany nie są charakterystyczne dla typowego zespołu organicznego (nie występują zaburzenia funkcji abstrakcyjnego myślenia, zaburzenia wielu funkcji związane są z zaburzeniami emocjonalnymi badanego, które wtórnie wpływają na funkcje uwagi, myślenia)

### 3. Bardzo niski jest współczynnik deterioracji procesów poznawczych.

Podsumowując przebieg zaburzeń psychicznych u pana A.A., można stwierdzić, że w okresie intensywnego rozwoju w dzieciństwie został poddany ekstremalnym stresorom (zagrożenie dla życia w czasie deportacji, pobicie, wykorzystanie seksualne). W konsekwencji jego rozwój osobowościowy został mocno utrudniony i zaburzony. Dobre funkcjonowanie intelektualne (iloraz inteligencji) pozwoliło na sprostanie wymaganiom intelektualnym studiów, jednak zaburzony rozwój osobowości nie pozwolił na sprostanie wymaganiom społecznym, typowym dla wieku młodzieńczego. Doprowadziło to dekompensacji badanego i jego wycofania się z życia społecznego (porzucenie pracy, zamieszkanie u matki). Wskutek wycofania się i unikania stresorów, np. wymagań społecznych, jego objawy prawdopodobnie nie wymagały leczenia szpitalnego. Badany kilkakrotnie próbował podjąć pracę, jednak napiętnowany leczeniem psychiatrycznym nie uzyskał jej — za każdym razem odmawiano. Pogłębiało to poczucie krzywdy. W czasie przewlekłe utrzymujących się objawów i unikania kontaktów stopniowo dochodziło do upośledzenia funkcjonowania intelektualnego, widocznego w badaniach jako organiczne uszkodzenie OUN. Razem doprowadziło to do hospitalizacji. Możliwe, że dołączyły się do tego inne czynniki, jak np. zwiększone wymagania wobec badanego po śmierci jego matki. W konsekwencji umożliwiło to ostateczne rozpoznanie u niego zaburzeń psychicznych. Przewlekły przebieg zaburzeń wraz z narastającymi komplikacjami wskazuje na bardzo niekorzystne rokowanie co do możliwości wyzdrowienia.

### **Dyskusja kliniczna — dynamika objawów**

W opisanym przypadku wystąpienie objawów psychotycznych rozumiane jest jako bezpośrednia, chociaż odległa, reakcja na uraz — doświadczenie go doprowadziło do załamania się mechanizmów obronnych i zareagowania niedojrzałymi mechanizmami, jak np. projekcja. Poczucie zagrożenia przeżywane w dzieciństwie uniemożliwiło wytworzenie się poczucia zaufania do otoczenia, a szczególnie uraz seksualny był czynnie wypierany ze świadomości.

Te podstawowe mechanizmy obronne umożliwiały badanemu funkcjonowanie, które jednak załamało się po okresie dojrzewania i, między innymi, próbach podjęcia współżycia. Przekroczyło to u niego możliwości pomieszczania emocji. Mechanizmy obronne stały się nieefektywne i doszło do ich załamania się i ujawnienia objawów psychotycznych.

W piśmiennictwie psychoanalitycznym zwraca się uwagę na to, że wczesne urazy szczególnie często wiążą się z poczuciem braku wpływu na rzeczywistość, przyjmowaniem ich przez ofiary jako swoiste przeznaczenie [5]. Jest to zrozumiałe, gdyż właśnie we wczesnym okresie dzieciństwa kształtują się podstawowe mechanizmy radzenia sobie, wzorce kontaktów społecznych i zręby osobowości [6].

Okres rozwojowy wiąże się z wykształcaniem (pomiędzy 5. a 11. rokiem życia) pojęć dobra i zła, co jest akceptowalne, a co nie. Doświadczenie prawdziwego zła, np. rzeczywistej przemocy, w tym okresie może być bardzo trudne do zintegrowania [7]. Zło (złe doświadczenie) jest odrzucane, a jednocześnie sam uraz może być odtwarzany, np. w zabawie. Nerozwiazanie tego konfliktu, jakby nieujarzmienie doświadczenia, może spowodować jego niekontrolowane ponowne przeżywanie w objawach.



Uraz, którego doznał pan A.A., obejmował pozbawienie środowiska społecznego dającego poczucie bezpieczeństwa (zagrożenie śmiercią, strażnicy), pozbawienie opieki (nieobecność rodziców) i sam uraz fizyczny i seksualny. Praktycznie od początku psychoanalizy [8, 9] wskazuje się, że wypierane treści seksualne uruchamiają obronę, m.in. poprzez zaprzeczenie i projekcję, będące podstawami urojeń. Psychoza urojeniowa o treściach prześladowczych, taka, jaka występowała u pana A.A., staje się wówczas jedynym rozwiązaniem konfliktu wewnątrzpsychicznego, wynikającego z lęku, potrzeby akceptacji, miłości, gniewu i agresji. Fairbairn pisał, że „efekty traumatogennych sytuacji i traumatycznych doświadczeń, polegające na uwalnianiu złych obiektów z nieświadomości, nigdzie nie są ukazane lepiej niż w snach wojennych pacjentów” [10]. W opisywanym przypadku wyparte złe obiekty „uwalniały się” w treści urojeń.

W tym przypadku również procesy naprawy nie mogły zadziałać prawidłowo. Badany był narażony na przewlekły stres związany z sytuacją polityczną, gdyż osoby powracające z zesłania doznawały wówczas wiele krzywd (notabene dalej doznają [11]) i były traktowane jako „politycznie podejrzane”. Uniemożliwiało to adaptację i poprawę objawową, co więcej — nasilało nieufność. Winnicott stwierdził, że w czasie rozwoju „jednostka stosownie do swych doświadczeń i swoich możliwości ich pomieszczenia (ang. store) rozwija zdolność, aby wierzyć w coś ... lub ufać”. [12] Tutaj rozwój uległ zaburzeniu. Już dawno wskazywano, że silne urazy mogą ulec wyleczeniu jedynie wtedy, gdy oprócz środków leczniczych proces transformacji jest wspierany przez bezpieczny świat zewnętrzny [13].

Opisany przypadek nie odbiega dynamiką od typowych zaburzeń pourazowych, zwraca jednak uwagę wieloletnim przebiegiem urojeń. Jest to rzadziej rozpoznawane zaburzenie pourazowe, choćby dlatego, że zaburzenia psychotyczne są w ogóle rzadsze niż lękowe, a przeżycie chorego i jego długotrwałe funkcjonowanie, są trudniejsze; tutaj pacjent dysponował silnym wsparciem rodziny. Zbliżone przypadki — bardziej rozpowszechnionych rozpoznań PTSD — były przedmiotem analiz statystycznych [14].

Nie chcemy, aby opisany przypadek był traktowany jako wyjątkowy i niezwykle, wręcz przeciwnie — jego klarowny obraz kliniczny posłużył jako ilustracja powszechnej dynamiki reakcji na uraz.

### Piśmiennictwo

1. Koch Ch. Test Drzewa. Warszawa: Erda; 1994.
2. Hornowska E. Skale Inteligencji dla Dorosłych Davida Wechslera WAISR-R oraz WAIS-III. Warszawa: Scholar; 2005.
3. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków — Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
4. (DSM-IV-TR) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
5. Kalched D. E. Daimonic elements in early trauma. J. Anal. Psychol. 2003; (48), 2: 145–169.
6. Klein M. Love, guilt and reparation and other works 1921–1945. London: Vintage; 1998.
7. Winnicott D.W. Deprivation and delinquency. London, New York: Routledge; 2000.

8. Freud S. Psychoanalityczne uwagi o autobiograficznie opisanym przypadku paranoi (Dementia Paranoides). W: Charakter a erotyka. Warszawa; KR; 1996.
9. Ferenczi S. First contributions to the psycho-analysis. London, New York: Karnac; 2002.
10. Fairbairn W. R. D. Psychoanalytic studies of the personality. New York: Brunner-Routledge, Hove; 1999.
11. Habzda-Siwiek E., Rutkowski K. Opiniowanie psychiatryczne w sprawach kombatanów oraz osób represjonowanych. Kraków: Polska Akademia Nauk – Oddział w Krakowie; 2004.
12. Winnicott D. W. Babies and their mothers. London: Free Association Books; 1988.
13. Ferenczi S. Final contributions to the problems and methods of psycho-analysis. London, New York: Karnac; 2002.
14. Rutkowski K. Zaburzenia snu w zespole stresu pourazowego. Kraków: Polska Akademia Nauk – Oddział w Krakowie; 2001.

Adres: Katedra Psychoterapii UJ CM  
ul. Lenartowicza 14, 31-318 Kraków